Hommage très respectueusement et très profondément dévoué.
Sauvage

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr SAUVAGE



PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2
1910

TITRES

Externe des hôpitaux
1894.

Interne des hôpitaux
1897.

Interne a la Maternité de la Pitié
1898.

Interne a la Maternité de l'Hôtel-Dieu annexe
1899.

Docteur en médecine
Lauréat de la Faculté (Médaille d'argent).
1902.

Chef de clinique adjoint d'accouchements de la Faculté
1904.

Chef de clinique d'accouchements de la Faculté
1905 et 1906.

Admissible aux épreuves définitives du Concours d'agrégation
(section d'Orstétrique) de 1907

ENSEIGNEMENT

Moniteur des manœuvres obstétricales a la Faculté 1898 et 1904.

Préparateur des conférences d'obstétrique a la Faculté 1903 et 1904.

Répétiteur a la clinique d'accouchements de la Faculté (Clinique Baudelocque, 1899-1905).

Cours universitaires de diagnostic et de manœuvres obstétricales a la clinique Baudelocque, 1904-1907.

BACTÉRIOLOGIE

RECHERCHES SUR LA SYPHILIS DE L'OVULE

Travail fait en collaboration avec M. Levaditi, dans le service de M. le professeur Pinard et dans le laboratoire de M. Metchnikoff à l'Institut Pasteur. Communication à l'*Académie des Sciences*, le 15 octobre 1906.

En collaboration avec M. Levaditi, j'ai donné la première démonstration de la pénétration du *Treponema pallidum* de Schaudinn dans les éléments cellulaires destinés à la reproduction de l'espèce humaine.

Le spirille a été trouvé dans l'ovule, à l'autopsie d'une enfant, née d'une mère syphilitique, et morte le trentième jour après la naissance, avec uue éruption de syphilides, de fissures labiales, etc.

Les spirilles occupaient la partie centrale de l'ovocyte et étaient entourés d'une zone claire, d'apparence vacuolaire. D'autres siégeaient dans l'épithélium germinatif des cordons de Valentin Pflüger et dans la couche granuleuse des follicules de Graff. Quelques ovocytes, déjà en voie d'atrésie, étaient infectés.

Les principaux aspects, trouvés épars sur les préparations, ont été groupés dans la figure ci-après.

Cette découverte a été confirmée au bout de peu de temps par Hoffmann et elle a pris très vite l'importance d'une donnée de pathologie générale avec la constatation faite par Fouquet

de la présence de spirochètes dans le testicule d'enfants hérédo-syphilitiques.

Cela n'est cependant point dire que l'infection spirillaire de l'ovule soit un fait constant chez l'hérédo-syphilitique; avec nos techniques actuelles, on ne le constate au contraire que dans un nombre restreint de cas.

Dans nos recherches, nous avons trouvé que les spirilles étaient assez abondants dans le stroma ovarien, mais ce n'est qu'après examen de nombreuses coupes que leur présence put être constatée dans quelques cellules ovulaires. Il y avait en particulier un contraste marqué entre la rareté des tréponèmes dans les ovocytes et leur abondance dans les cellules hépatiques.

En l'absence de constatations directes chez l'adulte, la présence des spirochètes dans les cellules reproductrices de l'espèce chez le nouveau-né a une importance de premier plan au point de vue du mécanisme de la transmission de la syphilis des procréateurs au produit de conception.

L'infection spirillaire des éléments sexuels chez le nouveau-né a par elle-même un intérêt au point de vue de la pathologie générale.

Depuis le travail publié en 1891 par le professeur Fournier sur l'Hérédité syphilitique et le rapport de Barthélemy au Congrès de Moscou en 1898, on a beaucoup discuté sur l'*hérédité syphilitique de seconde génération*, syphilis atavique d'Antonelli, c'est-à-dire sur la possibilité de la transmission de la syphilis des grands-parents aux petits enfants, par l'intermédiaire d'un procréateur lui-même hérédo-syphilitique.

La question a reçu des solutions très contradictoires. Les uns ont nié toute espèce d'hérédité seconde. D'autres, parmi lesquels il convient surtout de citer Tarnovsky, l'ont admise sous forme d'hérédité dystrophique, mais l'ont niée sous forme d'hérédité virulente. D'autres enfin, en particulier Edmond Fournier, l'ont admise sous sa double forme dystrophique et virulente.

La possibilité pour un hérédo-syphilitique de première génération de contracter la syphilis (syphilis binaire de Tarnovsky)

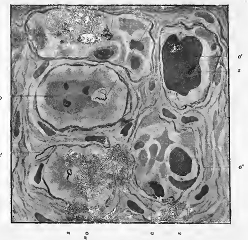


Fig. I. — Dans le protoplasma de deux ovocytes (o et o"), le tréponème incurvé (s) occupe une vacuole sise près du noyau, dans une région correspondant au corps vitellin de Balbiani. D'autres follicules de Graff (o' et o"), atteints d'atrésie folliculaire, montrent des ovocytes réduits de volume, en état de dégénérescence granulaire, et une prolifération de cellules folliculaires (c). Des tréponèmes (s), droits ou entortillés, existent dans le protoplasma de ces ovules atrésiés.
En dehors des ovocytes, on décèla des parasites, soit dans le tissu interfolliculaire (s'), libres ou phagocytés, soit dans l'épithélium germinatif qui tapissa les cordons de Valentin-Pflüger (t, s). Quelques tréponèmes existent également dans les cellules de la couche granuleuse des follicules de Graff.
Les préparations ont été faites suivant la méthode d'imprégnation à l'argent at à la pyridine (de M. Levaditi).

et de la transmettre « doublée » à sa descendance rendait douteuse ou au moins discutable toute solution clinique du problème.

La constatation directe de l'agent infectieux dans les cellules reproductrices de l'espèce et en particulier dans l'ovule chez le nouveau-né, clôt la discussion et établit définitivement la réalité de l'hérédité syphilitique de seconde génération dans un certain nombre de cas. Elle est à rapprocher de l'hypertrophie placentaire parfois constatée après l'accouchement chez des femmes hérédo-syphilitiques, fécondées par des procréateurs sains.

Agrandissant le cadre de l'influence néfaste de la syphilis sur la descendance, la constatation de l'infection spirillaire des éléments qui à l'âge adulte assurerait la reproduction, montre la nécessité d'instituer un traitement approprié, de parti pris, chez tous les enfants issus de procréateurs syphilitiques, même en l'absence de tout accident à la naissance ou dans les mois suivants, afin de préserver à la fois l'espèce et l'individu.

RECHERCHES SUR L'INFECTION DU FOIE DANS LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

(en collaboration avec M. Levaditi).
Communication à la *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie de Paris*, janvier 1906 ; *Comptes rendus*, 1906, p. 17.

L'importance anatomique et fonctionnelle du foie pendant la vie intra-utérine, sa richesse vasculaire et surtout sa situation d'avant-garde sur le trajet de la veine ombilicale qui ramène le sang du placenta, expliquent que l'infection syphilitique qui est un type de septicémie spirillaire frappe ce viscère avec une fréquence et une intensité toutes spéciales.

En collaboration avec Levaditi, nous avons été des premiers à confirmer la présence du Tréponème dans le foie des fœtus hérédo-syphilitiques, où elle avait été annoncée par Buschke et Fisher, le 18 mai 1905.

Nous reproduisons une figure que nous avons soumise à l'époque à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie de Paris.

Nos préparations microscopiques démontraient déjà l'abondance des Tréponèmes dans le foie, leur extrême diffusion et



Fig. 2. — Coupe du foie (Imm. : Zeiss 12°, oculaire comp. n° 6). — On voit des îlots de cellules hépatiques emprisonnées dans du tissu conjonctif. Les éléments hépatiques renferment de nombreux spirochètes.

leur pénétration dans l'intérieur des cellules hépatiques. Toutes ces données sont devenues classiques.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES RUPTURES DE L'UTÉRUS PENDANT LE TRAVAIL

Thèse de Doctorat, Paris, 1902.

Ces recherches sur l'anatomie pathologique de la rupture de l'utérus pendant le travail ont eu pour point de départ l'étude de 30 cas recueillis de 1892 à 1902, à la clinique Baudelocque et à la Maternité de l'Hôtel-Dieu.

21 ont été examinés à l'autopsie, 9 pendant la vie, au cours de laparotomie et sur pièces enlevées par hystérectomie.

La rupture. — Les fissures, éraillures et cicatrices péritonéales qu'il est fréquent de rencontrer, quand on regarde attentivement la surface de l'utérus chez des femmes mortes après l'accouchement, sont dues à l'insuffisance d'élasticité du péritoine utérin qui n'a pu suivre l'ampliation de la paroi utérine distendue par l'œuf pendant la grossesse et ne constituent pas des ruptures au sens anatomo-clinique. Cette réserve étant faite, il est exceptionnel d'observer des *ruptures incomplètes externes*, avec déchirure du péritoine utérin, des fibres musculaires sous-jacentes et éventuellement ouverture d'un gros sinus veineux dans la cavité abdominale.

Les deux types anatomiques communs sont les *ruptures incomplètes internes* ou incomplètes proprement dites avec déchirure du muscle utérin et conservation de son revêtement péri-

tonéal et les *ruptures complètes*, avec déchirure de toute l'épaisseur de la paroi utérine, muscle et péritoine. Les premières sont des ruptures sous-péritonéales, non pénétrantes par rapport à la cavité péritonéale ; les secondes sont des ruptures intra-péritonéales, pénétrantes.

Il est difficile, sinon impossible de préciser la fréquence relative des deux variétés, car un certain nombre de ruptures incomplètes passent inaperçues et guérissent spontanément. Contrairement aux statistiques faites de cas épars, qui donnent une proportion de deux ruptures complètes pour une rupture incomplète, nos documents, constituant une statistique intégrale, indiquent une égalité de fréquence. Mais il s'agit d'une fréquence anatomique, pour des cas graves, et non pas d'une fréqueuce absolue, et si l'on veut tenir compte des cas qui passent inaperçus au point de vue clinique, on est porté à admettre que les ruptures incomplètes sont les plus communes.

La rupture est le plus souvent localisee au segment inférieur. Sa propagation haute est efficacement empêchée par l'anneau de contraction qui constitue le bord inférieur du mur corporéal. Les insertions vaginales limitent souvent l'extension par en bas. L'intégrité du col peut alors fausser un diagnostic de rupture utérine cherché pendant la vie par l'examen vaginal ; il faut un examen manuel du segment inférieur lui-même pour établir l'existence de la déchirure.

L'extension de la rupture hors des limites du segment inférieur n'est pas exceptionnelle ; elle se fait alors — en haut, au corps de l'utérus, particulièrement lorsque l'enfant a été expulsé de la cavité utérine dans la cavité péritonéale — en bas au col et à la paroi vaginale, spécialement dans les cas où il y a eu extraction ou tentatives d'extraction par les voies naturelles.

Très rarement, il y a coexistence de deux ruptures indépendantes siègeant : toutes deux sur le segment inférieur — une sur le corps et une sur le segment inférieur — une dans le cul-de-sac vaginal et une dans le segment inférieur.

Les ruptures utérines offrent une disposition extrêmement variable. Cependant, la plupart peuvent se ramener schématiquement à l'un des types anatomiques :

a) Rupture verticale d'un bord ;

b) Rupture transversale de la paroi antérieure ou, plus rarement, de la paroi postérieure du segment inférieur.

c) Rupture à plusieurs segments diversement disposés en L, en X, en T, ou irrégulièrement rayonnés.

d) Arrachement du corps utérin, séparé dn segment inférieur, par une déchirure courant à quelques millimètres au-dessous de l'anneau de contraction, suivant un cercle complet ou incomplet.

Les bords de la déchirure sont rarement réguliers, taillés en surfaces plancs perpendiculairement ou obliquement dans l'épaisseur du muscle ntérin. Le plus souvent, les bords sont irréguliers, comme déchiquetés par l'éclatement du segment inférieur, infiltrés de sang et altérés dans leur vitalité. Cette disposition fait de la suture appliquée au traitement des ruptures utérines une méthode rarement satisfaisante au point de vue chirurgical.

Nos documents confirment la notion établie concernant l'extrême variabilité de l'étendue des ruptures. On trouve tous les degrés entre la fissure mesurant quelques centimètres de longueur et l'éclatement qui ouvre dans toute la hauteur de l'utérus une énorme brèche par laquelle la cavité utérine bâille largement dans le péritoine.

L'utérus déchiré. — Le segment inférieur déchiré est le plus souvent fortement distendu et mesure 10, 13 et même 15 centimètres de haut sur l'utérus vide enlevé par hystérectomie et étalé; ses parois très amincies n'ont que quelques millimètres d'épaisseur et leur résistance est encore diminuée dans certains cas par la présence d'escharres et de foyers d'infiltration sanguine à distance de la rupture.

La distension est parfois localisée à une région du segment inférieur; on trouve une notable différence dans la hauteur des parois d'un côté à l'autre.

Il n'est pas exceptionnel cependant de trouver des utérus rupturés dont le segment inférieur présente des dimensions verticales égales ou même sensiblement inférieures à celles qui sont communément observées sur des utérus intacts du post-partum. La rupture ne peut alors être expliquée par une ampliation exagérée du segment inferieur, comme dans la théorie soutenue par Bandl.

Il faut attribuer une importance de premier plan à des lésions plus ou moins anciennes dont on relève souvent la présence à l'examen des utérus qui se sont rompus pendant le travail.

Les cicatrices consécutives à des escharres, à des perforations ou à des déchirures du segment inférieur produites au cours d'accouchements antérieurs ont une large part dans l'étiologie des ruptures spontanées ; de là sans doute, la principale raison de la production exclusive de ces ruptures chez les multipares.

De même, l'œdème de la paroi du segment inférieur, du col et du tissu cellulaire sous-péritonéal dans l'étendue de la « zone décollable » a un rôle pathogénique primordial. L'infiltration fait perdre aux tissus leur élasticité ; ils sont incapables de se distendre et ne peuvent plus que se rompre lorsque intervient une cause extérieure qui tend à les élargir. Cette loi de pathologie générale trouve souvent son application en obstétrique en particulier, elle est à l'origine de la plupart des déchirures spontanées du tractus génital, de l'utérus comme du périnée.

Le plus souvent, la rupture de l'utérus survient après un travail prolongé, dans des cas où une cause de dystocie, étroitesse du bassin, malformation utérine, hydrocéphalie etc., met un obstacle d'importance variable à la progression de la partie fœtale qui se présente. Mais, parfois la déchirure se produit dans des conditions déconcertantes, dès le début du travail, avec un enfant pesant moins de 2.000 grammes, tout étant normal d'ailleurs, ou même au cours de l'expulsion d'un fœtus macéré, comme j'en ai vu des exemples. On doit alors

soupçonner l'existence d'altérations histologiques compromettant la solidité de la paroi utérine.

De très importantes recherches ont été faites à ce point de vue. Elles n'ont point été aussi démonstratives que l'on pouvait s'y attendre, beaucoup sont restées négatives. Le faible développement du tissu élastique utérin, l'aplasie musculaire du segment inférieur, la sclérose du myométrium avec thromboses vasculaires et infarctus intra-pariétaux, la dégénérescence graisseuse et hyaline des fibres musculaires ont été rencontrées et incriminées comme causes de rupture utérine. Dans des cas que j'ai examinés, j'ai moi-même constaté la dégénérescence hyaline des fibres musculaires, localisée à certaines régions de l'utérus. Mais, dans l'état actuel de nos connaissances sur l'évolution physiologique et les altérations pathologiques des éléments musculaires, élastiques et conjonctifs qui entrent dans la constitution de l'utérus gravide, il est impossible de se prononcer définitivement sur la signification des lésions ci-dessus et sur leur rôle pathogénique éventuel dans la production d'une rupture.

Étude des lésions en place. — Les lésions diffèrent suivant qu'il s'agit d'une rupture complète et pénétrante ou d'une rupture incomplète et sous-péritonéale.

1°.— Lorsque la rupture est complète, à l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve dans le péritoine du sang liquide et des caillots accumulés en quantité souvent considérable, infiltrés entre les anses intestinales jusqu'à la face inférieure du foie et du diaphragme, mais surtout dans les fosses iliaques et dans le Douglas. Cette disposition contre-indique la position inclinée au début de la laparotomie, afin d'éviter le transport du sang dans la partie haute de la cavité abdominale où il risque de propager l'infection en même temps que de rester inaperçu jusqu'à la fin de l'intervention.

Lorsque l'enfant n'a pas été extrait, il peut être resté dans l'utérus, mais il est fréquent de trouver en totalité ou en partie dans le péritoine, à nu au milieu des anses intestinales, sou-

vent accompagné du placenta et refoulant l'utérus en bas et latéralement.

L'utérus est libre de satisfaire à sa rétractibilité, lorsqu'il a été vidé de son contenu, soit par extraction par les voies naturelles, soit par expulsion dans le péritoine; on le trouve alors sous forme d'un globe consistant, dont le fond remonte à une hauteur normale au-dessus du pubis et dont la cavité contient peu de sang.

Il y a le plus souvent discordance entre la déchirure du péritoine et la plaie utérine, sauf pour certaines déchirures traumatiques et instrumentales. Dans les cas extrêmes, la rupture du muscle siégeant sur la paroi antérieure du segment inférieur, le péritoine est déchiré au niveau d'une fosse iliaque ou dans la région lombaire. Cette disposition est en clinique l'origine d'erreurs de diagnostic. La main, introduite dans la déchirure, constate l'intégrité du péritoine de la région, la rupture péritonéale éloignée est inaccessible et la déchirure est étiquetée sous-péritonéale.

Le péritoine est souvent décollé par de vastes infiltrations sanguines, comme dans les ruptures incomplètes.

2°. — Lorsque la rupture est incomplète, la déchirure musculaire présente les caractères indiqués ci-dessus, mais le péritoine est intact et sa cavité ne contient pas de liquide, sang, liquide amniotique, urine parfois, comme dans les ruptures complètes.

En dehors de l'utérus, la lésion principale est constituée par une infiltration de sang à la face profonde du péritoine. Cette infiltration peut rester localisée au tissu cellulaire pelvien et au ligament large, mais elle peut s'étendre à la fosse iliaque, remonter dans la région lombaire et atteindre même l'atmosphère celluleuse périrénale.

La quantité de sang ainsi épanchée peut suffire à entraîner la mort par hémorragie; elle constitue toujours un danger d'infection pour le péritoine.

Dans les ruptures utérines, l'hémorragie est inconstante. L'utérus, même largement rompu, peut se rétracter après

l'évacuation de son contenu et assurer l'hémostase de ses parois et de la déchirure avec une perfection sur laquelle on ne compterait guère de la part d'un organe aussi gravement lésé; la perte de sang est alors minime.

La déchirure des sinus utérins devient une cause sérieuse d'hémorragie lorsque le trait de rupture intéresse la région placentaire et dans les cas où l'utérus est empêché de se rétracter par la présence du fœtus dans sa cavité.

Mais les hémorragies abondantes et rapidement mortelles sont habituellement dues à la déchirure des vaisseaux du paramétrium, particulièrement de l'artère utérine et de ses branches.

Lorsque la mort survient rapidement, il y a des cas où l'autopsie ne permet pas d'en rapporter la cause à une hémorragie. Il s'agit alors de ruptures intra-ligamentaires. La déchirure des riches plexus nerveux de la région a sans doute un rôle important.

CANCER DE L'ŒSOPHAGE

Société anatomique, mai 1900.

FIBROME DE LA PEAU

Société anatomique, juin 1900.

CANCER COLLOÏDE DE L'ESTOMAC

Société anatomique, février 1901.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE

MALADIE DE DÜHRING OU DERMATOSE GRAVIDIQUE AUTO-TOXIQUE

Communication à la *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatri de Paris*, 8 janvier 1906. *Comptes rendus*, 1906, p. 7.

Le « prurit de grossesse », en particulier dans sa forme intense, peut s'accompagner, au bout d'un temps variable, d'une éruption polymorphe et symétrique,présentant les caractères classiques de la maladie de Dühring ou herpes gestationis. La dermatose n'est plus alors, comme à l'habitude, une entité morbide mais un épiphénomène.

Comme le prurit, l'herpes gestationis disparaît vite après l'accouchement et il n'est pas rare d'assister à un étiolement rapide des éléments éruptifs.

Herpes gestationis et prurit sont deux manifestations d'une altération du système nerveux, due sans doute à son imprégnation par des toxines, et M. le professeur Pinard a proposé pour la maladie de Dühring, la dénomination de « dermatose gravidique auto-toxique ».

Les lésions du grattage peuvent être le point de départ d'abcès du sein pendant la grossesse.

DE LA PYÉLONÉPHRITE PENDANT LA GROSSESSE ET DE SON TRAITEMENT PAR L'ÉVACUATION DE L'UTÉRUS

Communication à la *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie de Paris*, 14 mars 1910. *Comptes rendus*, 1910, p. 122.

La pyélonéphrite pendant la grossesse guérit le plus généralement par l'emploi des moyens médicaux.

Mais, dans un certain nombre de cas, constituant l'exception, malgré le repos, le régime lacté, etc., les accidents vont en s'aggravant au point de menacer la vie de la femme et de nécessiter une intervention.

La question de savoir comment intervenir est encore à l'étude et, en particulier, l'accord n'est pas fait concernant l'importance et les indications du traitement chirurgical. L'interruption de la grossesse a amené la guérison d'une façon assez constante pour que jusqu'à présent la plupart des accoucheurs y aient eu recours dans les cas graves, particulièrement lorsque l'enfant est viable.

Mais la guérison n'est pas aussi certaine qu'on l'a dit. Après l'interruption de la grossesse, qualifiée de « traitement obstétrical », les accidents peuvent persister malgré l'évacuation de l'utérus.

Il ne faut évidemment pas se hâter de conclure à un échec lorsque la fièvre et les accidents généraux persistent après l'interruption provoquée de la grossesse.

L'infection puerpérale n'est pas rare dans ces conditions, et il y a là une cause d'erreur qu'il faut d'abord éliminer d'après la courbe de la température, etc.

Et alors même qu'ils sont réellement dus à la continuation de la pyélonéphrite, les accidents du post-partum peuvent encore disparaître au bout d'un temps plus ou moins long, qui peut nécessiter deux ou trois semaines. La compression des uretères par l'utérus puerpéral a les mêmes conséquences que leur compression par la présentation fœtale distendant le segment inférieur ou leur coudure par les pédicules vascu-

laires de l'utérus pendant la grossesse. La gêne de l'excrétion uretérique entretient la rétention de l'urine purulente et sa résorption dans le bassinet.

Cependant, quand après la terminaison de l'involution utérine et quatre semaines après l'interruption de la grossesse, les accidents de pyélonéphrite persistent intégralement ou même vont en s'aggravant, comme je l'ai vu, force est bien de conclure à la faillite du traitement et à l'inutilité de l'évacuation de l'utérus.

Le traitement chirurgical appliqué dans ces conditions, secondairement, après échec reconnu du « traitement obstétrical », risque d'arriver trop tard et la femme peut mourir. Si l'enfant, dont on a provoqué la naissance prématurée, meurt de débilité congénitale, on se trouve avoir compromis inutilement son intérêt et on a un double désastre. Et il y a toujours lieu de se demander si le traitement chirurgical d'emblée n'aurait pas sauvegardé la vie de la mère et de l'enfant.

Il serait donc du plus grand intérêt de pouvoir reconnaître en clinique les conditions qui rendent incertain le succès habituel du « traitement obstétrical ».

Ces conditions sont encore mal connues. J'ai cependant précisé que la présence d'un éperon à la partie inférieure du bassinet est une cause de rétention persistante d'urine purulente dans le bassinet après l'évacuation de l'utérus, et que la mort de la malade peut en résulter.

Cette disposition ne peut être reconnue cliniquement, au moins quand la grossesse est arrivée à une période avancée de son évolution. Son diagnostic ne serait possible que dans les premiers mois, lorsque l'utérus gravide ne rend pas encore infructueux l'examen direct de la vessie et le cathétérisme uretéral.

DYSTOCIE

ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE DU COL ET PUERPÉRALITÉ

Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie de Paris, 12 novembre 1906. *Comptes rendus*, p. 204. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1906, p. 732.

Depuis son individualisation nosologique et sa différenciation d'avec le prolapsus de l'utérus gravide et l'œdème aigu du col pendant la grossesse, l'allongement hypertrophique du col est généralement considéré comme une complication grave de l'accouchement.

Cela tient à ce que les travaux récents concernent presque exclusivement des cas où il y a eu rigidité et rupture du col hypertrophié pendant le travail et accidents infectieux pendant les suites de couches.

Sur 17 observations que j'ai recueillies dans la littérature de ces dernières années, une seule signale la terminaison spontanée de l'accouchement; j'en compte 16 dans lesquelles il a fallu recourir à la dilatation artificielle ou aux incisions du col, au forceps, à des embryotomies ou à l'opération césarienne.

Ces résultats expliquent que l'on ait proposé et pratiqué l'amputation du col hypertrophié, pendant la grossesse, comme traitement prophylactique d'une dystocie aussi fréquente et aussi grave.



FIG. 3. — Allongement hypertrophique du col.

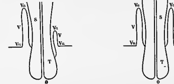


FIG. 4.—Schéma d'une coupe sagittale passant par le canal cervical et les culs-de-sac antérieur et postérieur.

FIG. 5. — Schéma d'une coupe frontale passant par le canal cervical et les culs- de-sac latéraux.

Vu, *Vu* , bords de l'orifice vulvaire. — V, V : paroi vaginale. — *Va*, *Va* : culs-de-sac vaginaux. — O : orifice utérin. — T : portion du col, saillante hors de la vulve. — S : portion vaginale du col.

Il est certain que l'allongement parfois considérable du cylindre cervical, l'œdème et les modifications histologiques dont il est le siège créent des conditions défavorables à son effacement et à sa dilatation, et peuvent devenir l'indication d'interventions sérieuses pendant le trsvail.

Mais il ne faut point se hâter de conclure à la nécessité d'une intervention. On peut avoir de véritables surprises.

Même avec un col assez hypertrophié pour que le cathétérisme donne 11 centimètres de distance entre ses deux orifices, même avec œdème assez prononcé pour que la partie sous-vaginale atteigne 22 centimètres de circonférence (fig. 3), on peut assister à la terminaison spontanée de l'accouchement, comme j'en ai observé un exemple, sans qu'il y ait eu d'autre dommage qu'une déchirure commissurale du col, sans conséquences.

En présence d'un allongement hypertrophique du col, il ne faut donc point se préoccuper surtout de rechercher quand et comment intervenir; il faut d'abord chercher à ne pas intervenir; on doit s'armer de patience et laisser aux contractions utérines le temps nécessaire pour effacer un col qui est doublé ou triplé de longueur et pour ouvrir un orifice dont les bords sont modifiés par la sclérose et par l'œdème.

La progression du travail est marquée par un certain nombre de particularités dont la constatation est utile pour prévoir si l'accouchement pourra se terminer spontanément.

La partie du col saillante hors de la vulve rentre dans le vagin au début du travail. Le col s'efface par ascension de ses parois autour du pôle inférieur de l'œuf et par descente de ce dernier dans le canal cervical. C'est la reproduction, à une grande échelle, du mécanisme de l'effacement physiologique. En même temps que la portion du col saillante extérieurement rentre à travers ls vulve, l'œdème considérable dont elle est habituellement le siège s'atténue et peut même disparaître.

Les inconvénients qui résultent pour la femme de la saillie du col à travers la vulve sont insuffisants pour qu'il y sit lieu

d'amputer la portion vaginale pendant la gestation. Cette intervention peut d'ailleurs être suivie d'interruption prématurée de la grossesse. Sa valeur comme traitement prophylactique de la dystocie pendant l'accouchement est limitée, l'épreuve du travail donnant seule la mesure de l'obstacle apporté à l'expulsion spontanée par les modifications du col. Il n'y a donc pas de raison de pratiquer une mutilation qui peut toujours avoir des conséquences éloignées graves chez une femme qui est en période d'activité génitale.

L'ACCOUCHEMENT DANS LE BASSIN OBLIQUE-OVALAIRE

Société d'obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie de Paris, 8 mai 1905. *Comptes rendus*, p. 113.

L'étude du mécanisme de l'accouchement dans le bassin oblique ovalaire est encore incomplète à l'heure actuelle. Dans le plus important travail d'ensemble publié sur ce sujet, Tcherepakhine conclut de l'étude de 122 bassins de Nægele que de nouveaux documents peuvent seuls déterminer la valeur de la théorie actuellement classique.

L'engagement de la tête « au large », avec orientation de ses grands diamètres sous-occipitaux suivant le grand diamètre oblique du détroit supérieur, est considéré comme avantageux au point de vue de la terminaison de l'accouchement par les voies naturelles. L'engagement dit « à l'étroit », suivant le petit diamètre oblique, comporterait un pronostic défavorable.

Cette doctrine classique est peu en rapport avec certains faits, dans lesquels des accouchements successifs, chez une même femme, se terminent d'une façon malheureuse pour l'enfant, lorsque la tête est orientée dans le grand diamètre oblique et, au contraire, dans de bonnes conditions lorsque l'orientation est inverse.

J'ai ainsi observé un cas dans lequel, l'occiput étant orienté

dans la partie large du bassin, l'enfant succombe après un travail prolongé et doit être extrait par basiotripsie. A l'accouchement suivant, je peux extraire à l'aide du forceps un enfant vivant pesant 4.500 grammes et ayant un diamètre bi-pariétal de 101 millimètres. L'occiput était dirigé vers la partie étroite du bassin et resta dans cette attitude pendant le traversée de l'excavation et jusqu'au moment du dégagement.

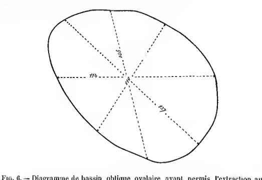


Fig. 6. — Diagramme de bassin oblique ovalaire ayant permis l'extraction au forceps d'un enfant pesant 4.500 grammes (Radiographie).

Le pronostic de l'accouchement dans les malformations pelviennes obliques ovalaires, type de Nægele, dépend de l'amplitude générale et de l'étoffe du bassin plus que de l'orientation de la tête suivant tel ou tel des diamètres obliques. Dans le cas que je viens d'indiquer, le bassin était large et j'ai fait reproduire, avec réduction de moitié, le contour du détroit supérieur radiographié et radiomensuré après l'accouchement.

Pour ces bassins en particulier, la radio-mensuration pendant la grossesse rend les plus grands services. Mais à défaut de données plus exactes, le toucher manuel pratiqué sous chlo-

roforme peut fournir des renseignements précieux quant à la capacité générale du bassin, facteur essentiel du pronostic et distinguer les cas où il y aura lieu de pratiquer l'opération césarienne dès le début du travail et ceux où l'on pourra laisser la tête fœtale mesurer elle-même le bassin, au cours du travail.

LE CLOISONNEMENT DU VAGIN AU POINT DE VUE OBSTÉTRICAL

Société d'obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie de Paris, 7 février 1910. *Comptes Rendus*, p. 52. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, mars 1910.

Le cloisonnement du vagin est une malformation congénitale caractérisée par la présence d'une cloison *longitudinale*, séparant deux cavités vaginales accolées en canon de fusil, *l'utérus étant simple et sa cavité unique.*

Cette disposition peut coexister avec un utérus double ou cloisonné : il y a division complète des organes génitaux ; la cloison vaginale a alors une importance secondaire ; la division de l'utérus prime tout au point de vue obstétrical et ces cas doivent être distingués du cloisonnement du vagin proprement dit.

Le cloisonnement du vagin peut être une *cause de stérilité*, en rendant les rapports complètement impossibles ou en ne les permettant que dans un vagin, le col étant isolé dans l'autre par suite d'une disposition spéciale de la cloison.

Pendant la grossesse, *l'accommodation anormale de l'enfant* est plus fréquente que dans les conditions ordinaires de bonne conformation du vagin ; la présentation du siège s'observe avec une fréquence particulière.

La présence de la cloison dans le vagin ne joue ici aucun rôle. A l'origine de ces anomalies d'accommodation, on trouve, comme dans les conditions habituelles, l'insertion basse du placenta, l'étroitesse du bassin, etc. Mais l'importance de pre-

mier planrevientauxmalformations utérines: utérus cordiforme, utérus bicorne.

Pendant la puerpéralité, la présence d'une cloison dans le vagin modifie les sensations recueillies par le doigt qui pratique le toucher et prête facilement à des *erreurs de diagnostic concernant l'état du col* qui, bien que simple, peut paraître double.

Au cours de la grossesse, l'illusion est due à ce que le doigt, qui pratique successivement le toucher à travers les deux demi-vagins, refoule la cloison d'un côté, puis de l'autre, et accède à la portion vaginale unique dont il explore la totalité. Le refoulement de la cloison passant inaperçu, il y a apparence de deux cols. Le toucher simultané avec deux doigts introduits chacun dans un vagin évite le va-et-vient de la cloison, mais n'évite pas l'erreur. Le défaut d'éducation rend malaisé d'établir l'unité d'un col touché simultanément en deux points différents, non par la pulpe, mais par le bord des doigts.

Au cours du travail, la dilatation étant commencée, il y a apparence de deux orifices et de deux poches des eaux. Le bord supérieur de la cloison, qui traverse d'avant en arrière l'aire de l'orifice, donne au doigt l'impression d'un rebord mince qui semble compléter par en dedans le contour d'un orifice distinct dans chaque vagin.

Quel que soit le moment auquel on examine, le meilleur moyen d'éviter les erreurs est d'accrocher à bout de doigt le bord supérieur de la cloison. Le passage du doigt d'une cavité vaginale dans l'autre montre qu'il n'y a pas de continuité entre le bord supérieur de la cloison et le tissu utérin, comme dans le cas de division complète des organes génitaux et de dualité du col.

Pendant le travail, la *dilatation* de l'orifice utérin peut présenter des particularités et se faire irrégulièrement.

Les bords de l'orifice décrivent alors un 8 incomplet et orienté dans le plan frontal (∞). Suivant les cas, les deux portions de l'orifice ainsi incomplètement subdivisé s'ouvrent également ou inégalement devant l'œuf. La dilatation est *irrégulière et*

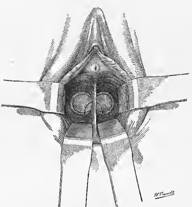


Fig. 7. — Dilatation irrégulière et symétrique.

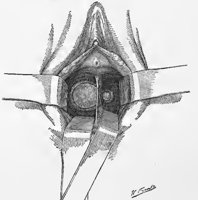


Fig. 8. — Dilatation irrégulière et asymétrique.

symétrique (fig. 7) ou *irrégulière et asymétrique* (fig. 8). En pratiquant le toucher, à un moment donné du travail, on trouve les deux parties d'orifice dilatées comme deux pièces de 5 francs accolées, ou comme une pièce de 5 francs accolée à une pièce de 2 francs par exemple.

Les variations dans le mécanisme de la dilatation sont réglées par des dispositions anatomiques. Lorsque la portion haute de la cloison reste à distance du col, la dilatation se fait suivant le mécanisme normal, par écartement excentrique et régulier des bords de l'orifice.

Lorsque le bord supérieur de la cloison s'insère par deux amarres aux lèvres antérieure et postérieure du col et aux culs-de-sac vaginaux correspondants, ces expansions de la cloison brident la portion du col sur laquelle ils s'insèrent et la rendent saillante dans l'aire de l'orifice ; la dilatation se fait irrégulièrement.

Exceptionnellement, la dilatation peut être influencée dans sa durée et rester longtemps stationnaire. Mais la période d'expulsion est surtout intéressante au point de vue obstétrical : elle est toujours marquée par des incidents ou des complications.

A ce point de vue, il est nécessaire de sérier les cas, suivant la résistance de la cloison et suivant la présentation :

1° Toutes choses normales d'ailleurs, *lorsque l'enfant se présente par le sommet et lorsque la cloison est peu résistante, l'accouchement se termine spontanément.*

Malgré la terminaison favorable, la période d'expulsion est marquée par la déchirure de la cloison. La déchirure survient, quelle que soit la façon dont la cloison se dispose par rapport à la tête et quelque précaution que l'on prenne pour la protéger, lorsque l'enfant est de volume moyen. La rupture se produit le plus souvent à l'insertion antérieure de la cloison. Il n'en résulte habituellement aucun inconvénient au moins immédiat, mais une hémorragie grave peut en être la conséquence.

2° Toutes choses normales d'ailleurs, *lorsque le sommet se pré-*

sente, une résistance anormale de la cloison peut arrêter la progression de la tête pendant un temps limité. Il est très exceptionnel que cet arrêt se prolonge pendant un temps assez long pour entraîner la mort de l'enfant.

3° *La présentation par le siège est défavorable.* L'irrégularité de la présentation favorise son accrochement par le bord supérieur de la cloison et les anomalies de rotation. L'arrêt ou la lenteur de la progression peut s'accompagner d'une déflexion des membres inférieurs, qui s'engagent chacun dans un vagin, en sorte que l'enfant paraît à cheval sur la cloison. L'arrêt de la progression entraîne plus vite des complications qu'avec une présentation par le sommet.

Classiquement, l'abstention est de mise dans les cas de cloisonnement du vagin, l'intervention par section de la cloison indiquée, à titre d'exception, dans les cas compliqués.

L'étude de 10 observations, tant de la clinique Baudelocque que personnelles, indique une autre *conduite à tenir* et montre qu'il y a lieu de sectionner la cloison de parti pris dans tous les cas. En effet, dans la pratique, on n'a pas à choisir entre la conservation et la section de la cloison, mais entre sa déchirure spontanée et sa section aux ciseaux ; toute cloison abandonnée à elle-même pendant le travail a disparu après l'accouchement. Or la déchirure spontanée est moins avantageuse que la section, parce qu'elle compromet l'intégrité de la paroi vaginale, expose aux hémorragies et laisse après elle des lambeaux irréguliers dont la cicatrisation vicieuse peut ne pas être sans inconvénients.

Toute cloison vaginale congénitale doit donc être sectionnée.

Cette section ne doit jamais être pratiquée pendant la grossesse, parce qu'elle peut provoquer un avortement ou un accouchement prématuré, il faut intervenir seulement pendant le travail. Elle doit être pratiquée pendant la dilatation, lorsque l'irrégularité et la lenteur de cette période peuvent être attribuées à l'insertion de la partie supérieure de la cloison sur les bords de l'orifice. En dehors de ces cas, le moment de choix paraît être

le début de la période d'expulsion, lorsque la présentation s'engageant profondément tasse la cloison et facilite l'accrochement de son bord supérieur par le doigt qui sert de guide aux ciseaux.

ÉTIOLOGIE DES DÉCHIRURES DE LA CLOISON RECTO-VAGINALE

Revue pratique d'Obstétrique et de Pædiatrie, mai 1910.

Les déchirures intéressant la paroi vaginale et la paroi rectale, dans leur portion comprise entre le sphincter externe de l'anus et le fond du cul-de-sac recto-vaginal, doivent être seules retenues comme déchirures de la cloison recto-vaginale. Les déchirures du cul-de-sac postérieur entraînent l'ouverture du péritoine et se comportent cliniquement comme des ruptures de l'utérus par leurs conséquences et par leur gravité.

Parmi les causes de ces déchirures, il faut faire une part, dont l'avenir dira l'importance, à l'orientation anormale de la vulve.

Dans les conditions de conformation normale des parties molles, la cloison recto-vaginale constitue un point faible. Elle n'a pas de soutien musculaire entre le corps périnéal (constricteur de la vulve, transverse profond du périnée et sphincter externe de l'anus) et le releveur de l'anus dont les faisceaux antérieurs sont amincis et écartés pendant l'expulsion. Lorsque la tête sollicite le bassin mou, à la fin de la période d'expulsion, la cloison recto-vaginale n'est protégée que par son refoulement contre le périnée postérieur et ce soutien est rendu précaire du fait de la béance de l'anus, qui laisse à découvert une partie de la paroi antérieure du rectum.

Lorsque la vulve est orientée en avant, l'intégrité de la cloison recto-vaginale est fortement menacée. Pendant les contractions, la tête est refoulée directement en bas et creuse profondément le périnée, la saillie de la symphyse pubienne, qui « barre » la majeure partie de l'orifice vulvaire, empêchant la réaction de la sangle périnéale de repousser la tête en avant, à

travers la vulve. Il en résulte une distension exagérée du périnée.

La cloison recto-vaginale est en même temps refoulée comme un diaphragme dans l'orifice anal et vient faire partie du plancher de parties molles qui ferme en bas l'excavation.

Les contractions utérines finissent par faire éclater la coiffe des parties molles qui, est distendue par la tête, et suivant le cas on assiste à une rupture centrale du périnée ou à une rupture de la cloison recto-vaginale. Le mécanisme est le même dans les deux cas.

Le passage d'une petite partie fœtale à travers la déchirure de la cloison peut faire croire à l'existence d'un procubitus.

Parmi les causes qui déterminent la localisation de la rupture, tantôt dans la continuité du périnée, tantôt au niveau de la cloison recto-vaginale, il faut sans doute faire jouer un rôle au degré d'engagement de la tête dans le bassin mou au moment où la déchirure se produit et aux différences anatomiques individuelles.

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

TRAITEMENT DES RUPTURES DE L'UTÉRUS PENDANT LE TRAVAIL

Thèse de Doctorat, Paris, 1902.

L'étude de 32 cas de rupture de l'utérus sub partu formant, en 1902, la statistique *intégrale* des faits observés pendant une période de 10 ans à la clinique Baudelocque et à l'Hôtel-Dieu, conduit aux conclusions suivantes concernant la thérapeutique de cet accident :

Lorsque le diagnostic de rupture est *affirmé* pendant le travail, la première question qui se pose est celle de savoir s'il faut extraire l'enfant par les voies naturelles. A ce point de vue, nos documents montrent que :

Il y a contre-indication absolue à cette pratique, lorsque le fœtus est passé en totalité ou en partie dans la cavité péritonéale ou lorsqu'il existe un obstacle important à l'extraction par le vagin, étroitesse marquée du bassin, atrésie cicatricielle des parties molles, cancer du col, etc. Dans ces cas, l'extraction par les voies naturelles nécessite des manœuvres parfois longues et compliquées qui font perdre du temps, agrandissent la déchirure et aggravent l'état de la femme.

Lorsque ces conditions ne sont pas réalisées, la conduite est plus discutable. Lorsque l'utérus se déchire, l'enfant meurt et au moment où la complication se produit, l'orifice utérin est

habituellement assez ouvert pour permettre une extraction facile après embryotomie. Dans ces conditions, l'extraction par les voies naturelles n'apparaît plus aussi dangereuse que dans les cas précédents.

Elle offre même l'avantage de permettre une exploration méthodique des lésions après évacuation de l'utérus, ce qui permettrait de choisir, en connaissance de cause, le traitement le plus approprié à l'étendue des lésions et de conserver l'utérus s'il y avait lieu.

Mais si l'on admet, comme il ressort de notre étude, que le traitement de choix des ruptures utérines, quelles qu'elles soient, est le traitement chirurgical par la voie haute, il faut s'abstenir de toute tentative d'extraction par la voie vaginale et intervenir d'emblée par laparotomie. Ce faisant, on économise un temps toujours précieux, on évite l'agrandissement de la déchirure et l'hémorragie mortelle, qui ont été observés dans des cas où l'extraction par la voie vaginale paraissait devoir être des plus simples.

L'extraction par la voie vaginale n'est justifiée que dans les cas où le diagnostic de rupture de l'utérus est *hésitant* : elle est alors un moyen de contrôle, un procédé de nécessité pour éviter une intervention chirurgicale intempestive.

Le traitement de la rupture utérine doit être actif ; une rupture utérine abandonnée à elle-même peut guérir spontanément, c'est l'exception ; on ne doit jamais y compter.

Ce traitement doit être appliqué d'urgence ; il faut agir le plus rapidement possible.

Les différentes méthodes de traitement peuvent être classées en deux groupes suivant qu'elles comportent la conservation ou l'extirpation de l'utérus.

Les traitements conservateurs les plus employés sont le tamponnement, le drainage, la suture de la déchirure par voie vaginale ou après laparotomie.

Le tamponnement et le drainage de la rupture ne nécessitent ni connaissances chirurgicales spéciales ni appareil instrumen-

tal compliqué. Dans la pratique, cette méthode peut être seule applicable, mais nos documents indiquent qu'elle ne peut être un procédé de choix.

Sur 23 cas de notre étude où ce traitement a été employé, 20 se sont terminés par la mort.

Ces résultats désastreux s'expliquaient à l'autopsie par l'insuffisance du tamponnement et du drainage pour lutter contre l'hémorragie et l'infection, les deux grandes complications de la rupture utérine sub partu.

La suture de la déchirure par la voie vaginale peut donner des succès, lorsqu'il n'y a pas d'hémorragie notable ou lorsque les vaisseaux qui saignent dans le parametrium sont accessibles à la ligature. Mais cette méthode présente des difficultés de technique tenant à la difficulté habituelle de découvrir les lésions dans toute leur étendue et de suturer la partie haute de la rupture. La suture de la déchirure par voie abdominale, après laparotomie, est rarement satisfaisante au point de vue chirurgical, en raison de l'état des lèvres de la déchirure, qui sont habituellement contuses et déchiquetées.

A toutes ces méthodes, on peut faire le reproche commun de conserver l'utérus, car, au lieu de constituer un avantage, cette conservation crée un danger.

L'utérus déchiré doit toujours être considéré comme infecté et en le conservant on laisse à demeure une source d'inoculation septique pour le péritoine et pour les épanchements sanguins sous-péritonéaux qui l'entourent.

La conservation de l'utérus empêche le large drainage qui est une des conditions principales du succès dans le traitement des ruptures.

Ces dangers ne sont pas contre-balancés par l'avantage de laisser à la femme l'espoir d'un aveuir obstétrical plus heureux. L'évolution des grossesses ultérieures peut être interrompue ou compromise par des accidents, tels que la rétroversion de l'utérus gravide, comme j'ai pu l'observer à deux reprises chez une même femme. Lorsque la grossesse évolue jusqu'à

terme il n'est pas rare que la rupture se reproduise pendant le travail.

D'après nos documents, le traitement de choix de la rupture utérine comporte l'extirpation de l'utérus, c'est un traitement chirurgical radical. Il comprend la laparotomie, l'évacuation des liquides et des caillots accumulés dans le péritoine, l'extraction de l'enfant et du délivre, l'hystérectomie, l'hémostase, un nettoyage rapide du péritoine et des foyers hémorragiques sous-péritonéaux et un large drainage. Dans les observations que j'ai rassemblées et dans celles que j'ai consultées, la mort a toujours été la suite de l'intervention chirurgicale non suivie de drainage.

L'hystérectomie pour rupture utérine est une intervention atypique; les points de repère anatomiques sont malaisés ou impossibles à retrouver et en particulier il n'est pas rare de ne pouvoir repérer l'artère utérine du côté de la rupture; le délabrement des parties molles et les larges infiltrations sanguines qui entourent le segment inférieur rupturé, bouleversent la topographie du bassin.

Le manuel opératoire de l'hystérectomie varie suivant les cas, et en particulier suivant le siège et l'extension de la rupture, dont il faut dépasser les limites inférieures. Dans le choix du procédé, il faut aussi tenir le plus large compte de l'état de la femme et savoir parfois s'arrêter à celui qui, sans être le plus correct au point de vue chirurgical, comporte la plus grande rapidité, l'hystérectomie supra vaginale avec la reconstitution soigneuse du péritoine et large drainage par l'abdomen et par le vagin donne les meilleurs résultats. Elle paraît supérieure à l'hystérectomie abdominale totale, plus satisfaisante en théorie, mais plus longue et de technique plus délicate particulièrement dans le cas de rupture. Mais, en pratique, l'amputation de l'utérus suivant la technique de Porro peut rendre des services.

Les ruptures de l'utérus ne comportent pas toutes une égale gravité au moins au point de vue immédiat; il y a des formes

hémorragiques graves et il y a des ruptures qui saignent peu ; il y a des ruptures intra-péritonéales et des ruptures non pénétrantes, sous-péritonéales ; leur gravité n'est pas la même au point de vue des dangers d'infection. Aussi paraît-il logique de se comporter suivant les circonstances et de recourir tantôt au traitement conservateur, tantôt au traitement chirurgical.

Cependant, si l'on tient compte du fait qu'en présence d'un cas donné les statistiques n'ont plus qu'une valeur secondaire et qu'en particulier bon nombre de ruptures sous-péritonéales se terminent par la mort aussi bien que des ruptures complètes, si l'on ajoute l'incertitude où l'on se trouve d'établir cliniquement à quelle variété on a affaire, on s'explique que l'étude de nos documents nous ait amené à la conclusion que le traitement des ruptures utérines doit toujours s'inspirer des mêmes principes et comporte l'intervention chirurgicale et l'extirpation de l'utérus.

En s'inspirant de ces données, on ne peut pas espérer guérir toutes les malades. Il en est qui meurent avant le début de l'intervention la plus hâtive. Mais on est en droit de compter sur une très forte réduction de la mortalité.

Parmi les 9 cas, rapportés dans notre travail, où ce traitement a été employé, 4 se sont terminés par la guérison. On appréciera ce résultat à sa valeur si on se rappelle que dans les mêmes conditions d'observation sous la même direction scientifique, pour 23 cas traités par le tamponnement et le drainage, 20 s'étaient terminés par la mort.

LA DILATATION PRÉFŒTALE VAGINALE DANS LA PRÉSENTATION DU SIÈGE

Communication à la *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie de Paris*, 11 avril 1910. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*. Mai 1910, p. 284.

Dans la présentation du siège, la résistance des parties molles a une importance spéciale en raison de l'attitude de l'enfant.

La période d'expulsion se trouve transformée en une série de trois accouchements, qui trouvent dans la résistance du bassin mou un obstacle d'importance progressivement croissante, du fait du volume de plus en plus considérable du siège, des épaules et de la tête. D'où une importante mortalité fœtale. Le placement d'un ballon Champetier de Ribes dans le vagin pendant le travail et son expulsion spontanée à travers l'orifice vulvaire ont pour effet de dilater les parties molles et de faciter l'expulsion de l'enfant ou son extraction, si elle devient nécessaire.

Il y a lieu de réserver la dilatation préfœtale pour présentation du siège aux cas où il y a lieu de prévoir une résistance particulièrement active des parties molles : chez les femmes qui sont dans des conditions de primiparité, qu'elles soient enceintes pour la première fois, ou qu'elles aient eu des grossesses terminées par avortement ou par accouchement très prématuré ; — chez les multipares vraies, lorsque l'enfant est volumineux ; — dans les cas de présentation de l'épaule, lorsque la femme est primipare ou que, multipare, son enfant est de volume exagéré ; l'introduction d'un ballon dans le vagin est alors le temps préparatoire de la version.

En raison de l'impossibilité de prévoir cliniquement l'importance de la résistance qui sera apportée à l'expulsion par la résistance des parties molles, il y a lieu de ne pas faire de sélection et de faire la dilatation préfœtale chez toutes les primipares.

Il importe seulement que l'accouchement spontané soit possible et que l'enfant soit vivant et viable, sa mort ou sa nonviabilité ne constituant pas des contre-indications, mais enlevant tout intérêt à l'intervention.

Le ballon Champetier de Ribes est actuellement le meilleur agent de dilatation. Son mode d'emploi diffère un peu suivant les cas :

Lorsque au moment de l'examen, il existe une indication à l'extraction du siège, il faut faire une dilatation préfœtale rapide ; aussitôt gonflé, le ballon doit être extrait.

Lorsque, comme c'est le cas habituel, on peut suivre le travail, il faut placer le ballon dans le vagin au cours de la période de dilatation, au moment où les dimensions de l'orifice sont intermédiaires à celles d'une pièce de cinq francs et celles d'une paume de main. A vouloir attendre plus longtemps, on risque de ne pouvoir plus intervenir ; le siège s'engage profondément et le ballon ne peut plus être mis en place.

La présence d'un ballon dans le vagin influence habituellement la marche du travail et le plus souvent elle rend les contractions utérines plus nombreuses et plus énergiques, la dilatation progresse rapidement. Mais l'action excito-motrice de ce corps étranger est moins constante lorsque le ballon est mis dans le vagin que lorsqu'il est placé dans l'utérus. Il y a des cas dans lesquels la marche du travail n'est pas influencée. Exceptionnellement même, les douleurs qui jusque-là avaient été régulières et rapprochées, deviennent rares et irrégulières après le placement du ballon. Lorsque l'instrument est expulsé avant que la dilatation soit complète, on peut aussi assister à une impotence fonctionnelle secondaire de l'utérus dont la contractilité a été surmenée pendant le temps de la présence du ballon dans les organes génitaux. Mais ces cas constituent la minorité et, d'une façon générale, la dilatation préfœtale accélère la marche du travail.

Le principal avantage de la dilatation préfœtale est d'influencer la durée de la période d'expulsion, qui devient remarquablement courte. A ce point de vue, les primipares deviennent des multipares privilégiées. D'après les constatations faites, dans plus des deux tiers de cas, la durée de la période d'expulsion est inférieure à 15 minutes et il est fréquent de ne pas la voir excéder 5 minutes. Toutes choses normales d'ailleurs, le dégagement à travers la vulve et la manœuvre de Mauriceau-Pinard s'exécutent avec une remarquable facilité.

La dilatation préfœtale vaginale prépare l'accouchement spontané et réduit les indications de l'extraction du siège. En cela, elle se pose en rivale heureuse de l'abaissement prophylactique

du pied dans la présentation du siège décomplété mode des fesses. Cela ne veut point dire que la dilatation préfœtale soit capable de faire entrer la présentation du siège dans le cadre de l'eutocie. La résistance des parties molles n'est qu'une des causes qui doivent faire redouter la présentation du siège pour la vie de l'enfant et, même après la dilatation préfœtale, la période d'expulsion peut être et est encore assez souvent marquée par des accidents qui commandent l'extraction immédiate de l'enfant.

Lorsque l'extraction devient nécessaire, la dilatation préalable des parties molles par le ballon a encore l'avantage de faciliter les manœuvres.

Cependant la dilatation vaginale préfœtale n'est point une panacée pour la présentation du siège. Les conditions qui amènent l'accommodation anormale de l'enfant chez les primipares, en particulier l'insertion basse du placenta, avec ses conséquences au point de vue de la procidence du cordon et de la rupture prématurée des membranes, créent des dangers de compression du cordon, contre lesquels la dilatation des parties molles n'a pas d'action.

Il y a même une contre-partie. Dans des cas exceptionnels, les contractions utérines qui amènent l'expulsion du ballon hors des voies génitales produisent l'engagement prématuré du siège à travers l'orifice utérin incomplètement dilaté, de là des difficultés d'extraction de la tête dernière suffisantes pour amener la mort de l'enfant. De même, l'inhibition du muscle utérin due à la présence d'un ballon dans le vagin peut entraîner une prolongation du travail dangereuse pour l'enfant.

Mais, telle qu'elle est, la dilatation vaginale préfœtale au ballon améliore d'une façon appréciable le pronostic pour la vie de l'enfant se présentant par le siège chez une primipare.

A la clinique Baudelocque, où la méthode est employée de parti pris depuis plus de deux ans, la mortalité infantile dans la présentation du siège chez les primipares est tombée de

13,75 à 10,25 p. 100, soit d'un tiers environ, depuis l'emploi de la dilatation vaginale préfœtale.

Ce résultat paraîtra d'autant plus appréciable que le procédé ne comporte aucun autre inconvénient pour la mère que d'être douloureux au moment du gonflement du ballon et de ne pas la mettre à l'abri d'une déchirure du périnée habituellement incomplète d'ailleurs.

SUITES DE COUCHES ET NOUVEAU-NÉ

HÉMATOMÉTRIE POST-PARTUM

In Thèse de doctorat Kasansky ; Paris, 1906.

L'hématométrie est un accident exceptionnel pendant les suites de couches. Elle est due à l'oblitération progressive du canal cervical par cicatrisation et par coarctation des déchirures du col, produites par une intervention instrumentale, forceps ou basiotripsie. La cicatrisation des plaies vaginales peut avoir un résultat analogue.

L'absence de retour de couches, les douleurs paroxystiques survenant à l'époque correspondant aux règles, sont les seuls symptômes observés.

Par son augmentation de volume, par sa consistance molle, par sa régularité, l'utérus présente des caractères qui font penser à la gravidité.

Le toucher, en faisant constater la disparition de l'orifice utérin, permet d'établir le diagnostic. Mais l'oblitération du canal cervical peut débuter à distance de l'orifice, et celui-ci rester perméable pendant longtemps.

C'est ainsi que, dans un cas que j'ai observé, c'est seulement au bout de huit mois que l'atrésie devint manifeste, et que le col prit alors, en quelques semaines, les caractères qui sont représentés dans la figure ci-dessous (fig. 9).

Pendant tout le temps où le tissu cicatriciel, oblitérant le canal

cervical, laisse l'orifice perméable, il est très difficile d'éviter la confusion avec la grossesse d'abord, et avec la rétention d'un œuf mort ensuite.

L'hystérométrie pourrait faire affirmer le diagnostic; mais

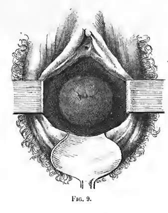


Fig. 9.

elle est contre-indiquée, en raison des soupçons de grossesse, ou de rétention fœtale intra-utérine.

L'expectation est la seule conduite à tenir, jusqu'au moment où le diagnostic peut être affirmé.

LES FUGUES DANS LA CONFUSION MENTALE DES PUERPÉRALES

In *Fugues et vagabondages*. Joffroy et Dupouy.

Les états mentaux divers qui ont été groupés sous le nom de manie puerpérale prennent le plus ordinairement le type de la confusion mentale hallucinatoire. Ils sont dus à une intoxication ou à une auto-intoxication. Celle-ci prend une part pré-

pondérante dans les cas qui sont observés pendant une longue période après l'accouchement et s'accompagnent de troubles ou d'absence de la menstruation. A l'insuffisance de la fonction ovarienne s'associe souvent une insuffisance hépatique. Dans ces conditions, on peut observer des manifestations pathologiques très variables, parmi lesquelles les fugues prennent à l'occasion une importance de premier plan.

DE LA CONTAGION DE LA NOURRICE PAR L'ENFANT HÉRÉDO-SYPHILITIQUE.

In Thèse Desormeaux. Paris, 1906.

La contagion de la nourrice par l'enfant hérédo-syphilitique est fonction des manifestations et de l'allure clinique de la syphilis au cours de la première année de la vie. Les manifestations tardives de l'hérédo-syphilis primaire sont particulièrement dangereuses à ce point de vue. L'absence d'accidents pendant une longue période d'allaitement crée une sécurité trompeuse et l'entourage méconnaît d'abord la nature des accidents contagieux que l'enfant présente au niveau de la bouche. Et cependant on peut observer un chancre du mamelon après neuf mois d'allaitement d'un même enfant, avec contagion des enfants de la nourrice.

SUR LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

(en collaboration avec M. Levaditi).
Société de Biologie, 28 octobre 1905. *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie de Paris*, octobre 1905.

Le traitement antispécifique, donné à la mère pendant toute la grossesse, préserve l'enfant procréé par un père syphilitique. La gestation va à terme et l'enfant naît avec toutes les apparences de la santé.

L'immunité s'arrête là.

Bien que la mère qui allaite continue le traitement, l'enfant peut présenter des accidents mortels.



Fig. 10. — Syphilides pigmentaires.

Pour prévenir l'hérédo-syphilis, il faut que le ou les procréateurs infectants soient soumis à un traitement prolongé avant la fécondation, suivant la doctrine de M. le professeur Pinard. Ce traitement anté-conceptionnel est indispensable.

Après la naissance, l'enfant peut rester pendant plusieurs mois dans un état de santé en apparence satisfaisant et ne présenter que tardivement des accidents contagieux : fissures labiales, syphilides cutanées, etc.

Cette période latente de l'infection hérédo-syphilitique expose à autoriser le placement de l'enfant auprès d'une nourrice mercenaire qu'il contagionnera lorsque les accidents apparaitront à l'improviste.

L'absence fréquente de manifestations précoces chez l'enfant doit faire instituer le traitement de l'hérédo-syphilis, de parti pris, chez tous les enfants procréés par des syphilitiques, alors même qu'ils ne présentent pas d'accidents à la naissance et pendant les premiers jours de la vie.

Lorsque l'enfant présente des syphilides pigmentaires comparables à celles dont la figure ci-dessus donne un spécimen, on peut constater la présence de spirochètes dans la partie profonde de la peau au niveau des régions qui sont en imminence d'éruption.

STATISTIQUE DE LA MATERNITÉ DE L'HOTEL-DIEU

(*Service de M. Champetier de Ribes*). Année scolaire 1899-1900.

THÈSES

Faites d'après les renseignements cliniques et les observations recueillies par nous.

Labelle. — *Contribution à l'étude des procidences dans les présentations céphaliques* (1904-05).

Petitjean. — *Étude statistique concernant les cas de présentation de la face, ayant eu lieu à la Clinique Baudelocque* (1904-05).

Reinburg. — *Les accès dits éclamptiques* (1904-05).

Ycard. — *De l'étiologie des fibro-myomes de l'utérus en particulier chez les femmes multipares* (1904-05).

Lagleize. — *Des injections intra-cervicales d'eau à 50° pendant le travail* (1904-05).

Bayard. — *Étude clinique et statistique de l'accouchement du sommet en occipito-postérieure directe dans la grossesse gémellaire* (1905-06).

Désormeaux. — *Préservation des nourrices et des nourrissons contre la syphilis* (1905-06).

Kasansky. — *Atrésie cicatricielle du col de l'utérus consécutive à l'accouchement* (1905-06).

Dufour-Lamartine. — *Des injections intra-utérines ; pratique de la clinique Baudelocque* (1902-06). *Indications. Nombre. Résultats* (1906-07).

Armanet. — *Étiologie et traitement des hémorragies survenant au cours de la grossesse et pendant le travail* (1906-07).

TABLE DES MATIÈRES

2706. — Tours, Imprimerie E. ARRAULT et Cie.